

ИССЛЕДОВАНИЕ ТИПОВ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

Корнеева В.А.

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

В целом ряде исследований было установлено, что восприятие пациентом инфаркта миокарда (ИМ) во многом определяет различные аспекты последующей реабилитации. При этом уверенность в излечимости и контролируемости заболевания ассоциируется с благоприятным течением восстановительного периода, соблюдением врачебных рекомендаций и быстрым возвращением трудоспособности. Напротив, восприятие инфаркта миокарда как неконтролируемого и угрожающего жизни заболевания связано с последующей физической, профессиональной и социальной дезадаптацией, а также с высокой частотой повторных госпитализаций. Согласно литературным данным, тревожность и нарушенная эмоциональная чувствительность связана с увеличением сердечно-сосудистой смертности после острого инфаркта миокарда.

Внутренняя картина болезни (ВКБ) - это совокупность представлений пациента о своей болезни. Такие представления существенным образом влияют на медицинские, профессиональные, семейные последствия соматического заболевания.

Сказанное делает изучение ВКБ при инфаркте миокарда актуальным, особенно в аспекте разработки дифференцированных подходов к коррекции отношения больного к собственному заболеванию и проводимой терапии (вопросы compliance-стратегии).

Цель исследования. Изучить особенности типов отношения к болезни и качество жизни пациентов, перенесших инфаркт миокарда.

Материал и методы исследования. Обследование с помощью психодиагностических методик проведено 30 больным в возрасте от 40 до 70 лет. Из них 20 мужчин и 10 женщин.

В исследование включали пациентов, находившихся на лечении в кардиологическом отделении ВОКБ с установленным диагнозом инфаркта миокарда. Больных обследовали не ранее чем на 10 сутки от начала заболевания. Диагноз ИМ ставился на основании критериев ВОЗ, при этом устанавливались его величина, протяженность, локализация, стадия сердечной недостаточности по классификации Killip и осложнения.

Для уточнения данных анамнеза и социальных последствий ИБС, а также характера жалоб с каждым больным проводили психологическое интервью.

Результаты инструментального обследования и формулировки клинического диагноза регистрировали на основании истории болезни.

Для выявления типов отношения к болезни проводили психометрическое тестирование. Для этой цели использовали тест отношения к болезни, разработанный в НИИ психоневрологии им. Бехтерева. (ЛОБИ). Качество жизни оценивали с помощью опросника «индекс качества жизни» (Quality of Life Index) в переводе В.А.Орлова и С.Р.Гиляревского [1].

Результаты исследования. Типы отношения к болезни соответствующие гипернозогнозии выявлялись у 55,8% больных и ассоциировалась со следующими особенностями болезни:

- Внезапное начало заболевания в среднем возрасте (до 65 лет);
- Выраженный болевой синдром;
- Аритмии сердца, протекающие с персистирующей высокой частотой сердечных сокращений.

У таких больных регистрировался низкий индекс качества жизни.

Гипонозогнозия выявлялась у 26.6 %, ей соответствовали:

- Медленное прогрессирование коронарного атеросклероза с дебютом в пожилом возрасте
- «Немая» ишемия миокарда, отсутствие выраженного болевого синдрома.

Качество жизни у таких больных значительно выше.

Выявленные типы отношения к болезни позволяют выделить следующие типы внутренней картины болезни у больных перенесших инфаркт миокарда.

1. Больные с фиксацией на болезни. Представления этих больных о себе, о своем будущем пронизаны мыслями о болезни. Болезнь становится центральным звеном в социальной ситуации развития, что препятствует социальной адаптации.

2. Больные с неадекватной ВКБ, отрицающие тяжесть своего заболевания. Для этих больных характерно практически полное отсутствие знаний о своем заболевании, отсутствие познавательного интереса к нему, негативное отношение к госпитализации, лечебным процедурам (в связи с незнанием смысла медицинских воздействий и отрицанием тяжести заболевания), негативный эмоциональный фон.

3. Больные с бедной ВКБ, оценивающие болезнь как временное препятствие. У них также нет ясного представления о заболевании,

тяжесть болезни недооценивается. Для этих больных характерна устремленность в будущее, которое оценивается идеализированно, что позволяет сделать вывод о наличии у них такого механизма защиты, как "сверхактуализация будущего".

4. Больные со стремлением к реальной оценке заболевания, с активно формирующейся ВКБ. Для них характерна познавательная активность, направленная на свое заболевание, знание смысла лечебных процедур, умение объяснить сущность своего заболевания.

Выводы.

Содержание внутренней картины болезни и особенности ее формирования не зависят от объективной тяжести заболевания, а определяются, в основном, психологическими факторами.

Результаты исследования типов отношения к болезни могут использоваться для осуществления направленного изменения отношения пациента к болезни и проводимой терапии, оптимизацию сотрудничества (compliance) между врачом и пациентом.

Литература

1. Орлов В.А., С.Р.Гиляревский. //Проблемы изучения качества жизни в современной медицине: обзорная информация М., 1992
2. Любан-Площа Б., Пельдингер В., Крегер Ф. Психосоматические расстройства в общей медицинской практике. СПб., 2000.
3. Курпатов В.И., Сергеева Л.С., Иванова. Г.А. Особенности комплексного лечения психосоматических больных кардиологического профиля в специализированном отделении. TERRA MEDICA. 2002.
4. Смулевич А.Б., Сыркин А.Л., Овчаренко С.И. и др. Клинические особенности соматического заболевания и внутренняя картина болезни (на модели ишемической болезни сердца и бронхиальной астмы). Клин. мед. 1999; 2: 17–23.